

**Bescheinigung über das Vorliegen
eines positiven oder negativen
Antigentests zum Nachweis
des SARS-CoV-2 Virus**

Medizinisches Versorgungszentrum
Katholisches Klinikum Bochum

Testzentrum der Praxis für Radiologie
Medizinisches Versorgungszentrum Katholisches
Klinikum Bochum gemeinnützige GmbH
Gudrunstraße 56 • 44781 Bochum

Teststellen-Nummer: D3-353

Getestete Person

Name, Vorname:

Kain, Fabian

Anschrift:

Prümerstr. 6, 44787 Bochum

Geburtsdatum:

03.10.1999

Antigen-Schnelltest

Name des Tests: Green Spring SARS-CoV-2 Antigen Rapid Test Kit (Colloidal Gold)

Hersteller: Shenzhen Lyshiyuan Biotechnology Co., Ltd.

Test-Datum:

26. FEB. 2023

Test-Uhrzeit:

15:39

Durchgeführt von:

JA

Testergebnis

Positiv*: ☐

Negativ: ☒

Testzentrum - Praxis für Radiologie
Gudrunstraße 56 • 44791 Bochum
testzentrum-jh@klinikum-bochum.de

Datum / Stempel der testenden Stelle / Unterschrift

Wer dieses Dokument fälscht oder einen nicht erfolgten Test unrichtig bescheinigt, macht sich nach §267 StGB der Urkundenfälschung strafbar. Jeder festgestellte Verstoß wird zur Anzeige gebracht. Wer ein gefälschtes Dokument verwendet, um Zugang zu einer Einrichtung oder einem Angebot zu erhalten, begeht nach der Coronaschutzverordnung des Landes eine Ordnungswidrigkeit, die mit einer Geldbuße in Höhe von € 1.000 geahndet wird.

*Bei einem positiven Ergebnis muss sich die Person unmittelbar in Quarantäne begeben und hat zur Bestätigung oder auch Widerlegung Anspruch auf einen PCR-Test. Für die Mitteilung an das zuständige Gesundheitsamt ist die Meldepflicht nach § 1 Absatz 7 der aktuellen Corona-Test- und Quarantäneverordnung zu beachten.

Ich bestätige hiermit, dass

- die oben genannten Angaben zutreffend sind,
- ich am oben genannten Datum einen Schnelltest habe durchführen lassen,
- ich die Inhalte dieses Bescheinigung zur Kenntnis genommen habe.

Unterschrift getestete Person